

**LINEE GUIDA "ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' PER LA VERIFICA DELLA APPROPRIATEZZA DELLE  
PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIONE PUGLIA"**

- 1. RAZIONALE**
  
- 2. PRINCIPI GENERALI PER IL SISTEMA REGIONALE DEI CONTROLLI**
  
- 3. IL SISTEMA DEI CONTROLLI DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE NELLA REGIONE PUGLIA**
  
- 4. RESPONSABILITÀ**
  
- 5. FORMAZIONE**
  
- 6. FONTI NORMATIVE DI RIFERIMENTO**
  
- 7. I NUOVI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA) - DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 GENNAIO 2017**

## **1. RAZIONALE**

Qualsiasi intervento sanitario (un farmaco, un test diagnostico, una visita specialistica, un intervento chirurgico, un ricovero, etc.) deve intendersi appropriato quando i potenziali benefici per il paziente superano i possibili rischi, pur considerando, atteso il peculiare ambito culturale in cui la Medicina opera, la permanenza di un'area di dubbia interpretazione che può essere influenzata dalla ricerca scientifica e dal progresso tecnologico, dalla evoluzione delle malattie e dalla variabilità individuale delle stesse e, soprattutto, dalle aspettative di salute che vengono evocate in cittadini e pazienti dal continuo incremento dell'offerta e dall'utilizzo indiscriminato delle risorse.

L'appropriatezza professionale identifica la capacità del medico di prescrivere in maniera coerente con il percorso diagnostico-terapeutico che intende adottare, sulla scorta delle migliori evidenze scientifiche disponibili, comunque evitando sia l'eccesso di interventi (overuse), sia il difetto degli stessi (underuse) al fine di consentire il disinvestimento e la riallocazione delle risorse che si recuperano.

La appropriatezza organizzativa misura la capacità del sistema integrato ospedale-territorio di assicurare al paziente il setting assistenziale congruo ai bisogni effettivi di cura in rapporto alle opportunità di diagnosi e trattamento e ai rispettivi costi sostenuti.

In sintesi, per appropriatezza deve intendersi la capacità dell'operatore sanitario di erogare prestazioni di diagnosi, cura e assistenza nell'ambito di un sistema sanitario che implementi continuamente nuovi modelli di organizzazione dei percorsi assistenziali al fine di garantire "la prestazione giusta, al momento giusto, per la giusta durata, dal professionista giusto, nel giusto setting assistenziale".

La appropriatezza rappresenta, pertanto, il più ambito indicatore di performance per contribuire alla sostenibilità del SSN e del SSR a garanzia dei principi di equità, sicurezza, efficacia, engagement, qualità degli interventi sanitari preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, riabilitativi, palliativi da erogarsi nell'ambito dei LEA.

La variabilità della casistica medico-chirurgica, l'evoluzione di tecniche e procedure, l'aggiornamento tecnologico, il progresso della ricerca scientifica, la analisi retrospettiva degli esiti degli interventi sanitari e la revisione sistematica che rinvia dalla Medicina basata sulle Evidenze (EBM), gli attuali processi di HTA per la valutazione complessiva, sistematica e multidisciplinare delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche delle innovazioni, impongono la costante attenzione ai protocolli assistenziali che, per strutturazione e complessità, richiedono una capacità descrittiva articolata e versatile capace di implementare ogni valutazione essenzialmente rivolta al migliore impiego delle risorse economiche e professionali, attraverso il continuo aggiornamento dei modelli organizzativi e la revisione costante dei costi e benefici che ne discendono.

Si ritiene opportuno, al fine di garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate nella Regione Puglia nell'ambito dei LEA in relazione all'evoluzione scientifica e tecnologica, adottare il presente documento di sintesi delle norme e disposizioni sino ad oggi emanate, integrato con i contributi originali forniti dalle UVARP delle Aziende Sanitarie Locali, per incrementare, coordinare e standardizzare le procedure di controllo e verifica della qualità e appropriatezza delle prestazioni in modo da rendere coerenti ed omogenei i sistemi di controllo e misurare in termini di performance i risultati degli operatori sanitari e delle strutture assistenziali pubbliche e private accreditate, ovvero perseguire, prioritariamente, le seguenti finalità:

- definire principi e modalità omogenee di controllo analitico sui comportamenti dei soggetti erogatori pubblici e privati;
- integrare i diversi tipi di controllo analitico in un unico sistema complessivo, pur garantendo la centralità del livello aziendale nella sua operatività dei controlli;
- facilitare il raggiungimento degli adempimenti regionali previsti dalla normativa nazionale;

- aumentare la responsabilizzazione tra i diversi attori del sistema approfondendo i fenomeni di codifica potenzialmente opportunistica (cream skimming e upcoding) nonché i comportamenti improntati esclusivamente da medicina difensiva e promuovendo la tempestiva definizione di regole;
- aumentare il coinvolgimento dei professionisti pubblici e privati accreditati tramite percorsi di formazione continua e di aggiornamento costante promossi a livello regionale per ottenere, attraverso l'uniformità dei comportamenti, informazioni di valore e riduzione dei contenziosi.

Inoltre, nel verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la Verifica degli Adempimenti regionali con il Comitato permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 18 luglio 2018, i Ministeri affiancanti - Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze - relativamente agli indicatori di **appropriatezza**, evidenziano quanto segue:

- a) nell'anno 2017 un rapporto tra le dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inapproprietezza e le dimissioni non attribuite ai suddetti DRG pari a 0,18 ricompreso nell'intervallo di adeguatezza individuato dal Comitato Lea (inferiore o pari a 0,21);
- b) la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in Regime ordinario da reparti chirurgici risulta superiore al valore nazionale (34,56 vs 28,59), così come la percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico (63,99 vs 38,57);
- c) un elevato ricorso all'ospedalizzazione della popolazione ultra-settantacinquenne che tuttavia si riduce nel 2016 e con un valore pari a circa 283 per 1.000 anziani (ancora sopra l'intervallo di riferimento nazionale);
- d) il valore della degenza media pre-operatoria risulta ancora superiore al valore medio nazionale (1,99 vs 1,71).

Un approfondimento su alcuni specifici indicatori di **qualità assistenziale** evidenzia:

- un costante decremento, rispetto alle precedenti annualità, del tasso di ricovero ordinario in età pediatrica per asma e gastroenterite, il cui valore nel 2017 risulta tuttavia ancora al di sopra dell'intervallo di riferimento (186,15 vs 141); l'ospedalizzazione in età adulta per specifiche patologie croniche, trattabili a livello territoriale, risulta invece adeguata (328,22 vs <= 409);
- la quota di parti cesarei primari, in flessione dal 2013, si discosta ancora dai valori ritenuti accettabili facendo registrare un 31,9% per le strutture con meno di 1.000 parti/anno e un 29,5% per le strutture con più di 1.000 parti/anno;
- un costante e significativo incremento della quota di interventi a pazienti ultra-sessantacinquenni con diagnosi principale di frattura del collo del femore, eseguiti entro 2 giorni, che nel 2017 risulta lievemente inferiore allo standard di riferimento stabilito dal DM n. 70/2015 (58,31% vs 60%).

## **2. PRINCIPI GENERALI PER IL SISTEMA REGIONALE DEI CONTROLLI**

Il sistema regionale dei controlli si fonda sui seguenti principi:

- **Trasparenza:** il sistema regionale dei controlli analitici prevede la comunicazione trasparente, esplicita e preventiva, dei fenomeni oggetto del controllo, e il ritorno informativo delle risultanze dei controlli.
- **Omogeneità:** le regole, gli strumenti e la metodologia applicata per lo svolgimento dei controlli deve essere uniforme, omogenea ed unica su tutto il territorio regionale, in relazione alla produzione di ogni presidio.
- **Imparzialità:** deve essere garantita la neutralità nello svolgimento dei controlli.
- **Oggettività:** devono essere ridotti al minimo gli elementi di discrezionalità nella metodologia e nello svolgimento dei controlli.
- **Legalità:** certezza delle regole e degli esiti legati a determinati eventi.
- **Responsabilità:** deve essere prevista la responsabilizzazione dei diversi attori del sistema, in qualità di committenti e di produttori. Relativamente agli erogatori, la responsabilizzazione deve riguardare sia gli amministratori, sia i professionisti sanitari.

### **3. IL SISTEMA DEI CONTROLLI DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE NELLA REGIONE PUGLIA**

#### **Attori Istituzionali**

- a. Dipartimento Promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti
  - Sezione Strategia e Governo dell'Offerta (**SGO**)
  - Sezione Risorse Strumentali e Strategiche (**RST**)
- b. AReSS Puglia
- c. Coordinamento Regionale Unità di Valutazione Appropriata dei Ricoveri e delle Prestazioni di Specialistica ambulatoriale (UVSRP)
- d. UVARP Aziendali
- e. Nuclei di Controllo Interno delle Direzioni Mediche di Presidio

#### **Sistema regionale per i controlli analitici: pianificazione, ambiti, contenuti e volumi dei controlli**

La Regione emana entro il mese di gennaio di ogni anno il Piano Annuale dei Controlli Analitici, predisposto dalla Sezione SGO del Dipartimento e condiviso del Coordinamento Regionale UVARP.

Tale piano viene predisposto sulla base di quanto previsto dalla normativa nazionale, dei risultati delle analisi effettuate sugli archivi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) della banca dati regionale, nonché sulla base dell'esperienza e delle risultanze dei controlli analitici effettuati nell'anno precedente.

Tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, in qualità di committenti o produttori, devono attenersi alle indicazioni del piano annuale, che contiene gli elementi minimi ed obbligatori per l'esecuzione dei controlli analitici sulle SDO, sulle Schede di Dimissione Ambulatoriale (SDA, relative ai day service), sulle cartelle cliniche, nonché su qualsiasi prestazione con oneri a carico del SSR.

L'ambito di applicazione del sistema dei controlli per l'appropriatezza comprende il complesso dell'attività erogata da tutte le strutture ospedaliere e ambulatoriali operanti in Regione Puglia, sia pubbliche che private accreditate con le quali è in atto un rapporto contrattuale.

Costituiscono oggetto di controllo analitico dell'attività le dimissioni avvenute nelle strutture di ricovero ospedaliero della regione, indipendentemente dalla tipologia assistenziale (acuti, lungodegenza e riabilitazione), dal regime di erogazione delle prestazioni (ricovero ordinario, day hospital, day service) e dal luogo di residenza dei pazienti che risultino con oneri a carico del SSR, nonché le prestazioni di riabilitazione delle strutture residenziali e semiresidenziali; costituiscono inoltre oggetto di controllo le attività di medicina specialistica ambulatoriale erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate della Regione che risultino con oneri a carico del SSR.

Le funzioni di controllo intendono perseguire i seguenti obiettivi sull'intero territorio regionale:

- monitorare i processi di miglioramento per accrescere la qualità dei servizi sanitari, ad esempio attraverso la registrazione dell'evoluzione temporale della implementazione dei diversi setting assistenziali e delle innovative procedure mediche e chirurgiche;
- migliorare ed uniformare la codifica utilizzata nel rispetto delle norme, anche attraverso le analisi comparative tra i diversi erogatori condotte a livello regionale su specifiche prestazioni, socializzando le casistiche di ciascun erogatore attivo in Regione per quantità di prestazioni erogate e confrontando costantemente le procedure e tecniche che vengono adottate dagli erogatori pubblici e privati rispetto ai DRG che vengono selezionati;
- promuovere la qualità della documentazione clinica, interagendo con le Unità Rischio Clinico anche al fine di ridurre il contenzioso medico-legale;
- assicurare un supporto tecnico-scientifico in merito alla validazione dei profili e percorsi assistenziali;
- ridurre le quote di inappropriata organizzativa, individuando sistematicamente le prestazioni che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, per le quali occorre indicare modalità più appropriate di erogazione;
- individuare i fenomeni opportunistici correlati alla impropria adozione del sistema DRG che, attraverso la riduzione dei tempi di degenza per anticipazione delle dimissioni, la frammentazione delle cure tramite ricoveri ripetuti, la selezione della casistica e la errata compilazione della scheda di dimissione ospedaliera, possono mascherare comportamenti volti a individuare codici di intervento/procedure e di Diagnosi Principale con tariffe maggiormente redditizie (fenomeni di upcoding e cream skinning);
- promuovere, progettare, organizzare, realizzare e valutare iniziative di formazione, aggiornamento e informazione in materia di vigilanza e controllo delle attività sanitarie, interagendo con i medici prescrittori (MMG, PLS, Altri) attraverso l'Ufficio di Coordinamento Aziendale delle Cure Primarie;
- supportare le Direzioni Strategiche Aziendali ai fini della giusta ripartizione delle risorse tra i soggetti erogatori tenendo conto dei livelli di inappropriata rilevata (vedi lettera j, allegato A della DGR 1494/2009) e una più equa proporzionalità tra le prestazioni rese ed i costi delle stesse, anche ai fini della verifica della qualità e quantità delle prestazioni erogate come previsto dall'art. 8 quinquies del DLGS 502 e s.m.i., e quindi della conferma dell'accordo contrattuale dell'accredimento in conformità delle prescrizioni dettate dalla Giunta regionale (cfr DGR 1494/2009 e successivi atti inerenti specifiche tipologie di strutture). Tale attività è resa interagendo con il Controllo di Gestione Aziendale e l'Ufficio Convenzioni-PAC;
- valutare gli effetti e l'efficacia delle azioni correttive intraprese.

Il Sistema Regionale per i Controlli Analitici prevede due modalità di controllo:

- controllo esterno: è realizzato:

- da parte della Regione (tramite AReSS e Dipartimento Promozione della Salute) su tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati per quanto riguarda il controllo sugli archivi SDO/SDA nonché delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, oltre a quelle di riabilitazione delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- da parte delle UVARP Aziendali sugli erogatori privati accreditati di competenza territoriale per quanto riguarda il controllo analitico su cartelle cliniche/SDO-SDA, nonché delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, oltre a quelle delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- controllo interno: è effettuato da parte delle Direzioni Mediche delle strutture pubbliche sulle cartelle cliniche/SDO-SDA, tramite l'istituzione, presso ciascun Presidio/Stabilimento Ospedaliero, del Nucleo di Controllo Interno (NCI).

I controlli effettuati sono quindi di due tipologie:

1. **Controllo ed analisi sugli archivi SDO, SDA e specialistica ambulatoriale**

I controlli e l'analisi sugli archivi SDO sono effettuati, ad un primo livello, in sede regionale come controllo esterno e sono finalizzati alla verifica della qualità e della completezza delle schede di dimissioni registrate nel Sistema Informativo "Edotto" e al monitoraggio dell'attività a consuntivo, attraverso l'elaborazione di un set di idonei indicatori. Costituiscono la base per la selezione della casistica da sottoporre al successivo controllo analitico di secondo livello.

Il controllo ed analisi sugli archivi comprende le seguenti fattispecie:

- **controllo logico sintattici e di qualità effettuati sui dati delle SDO e delle SDA**: questa attività, viene svolta in modalità telematica al momento del caricamento e della validazione delle SDO nel sistema informativo Edotto per il tramite delle funzionalità all'uopo dedicate nel sistema stesso. Il controllo esita, per ciascuna Azienda e ciascun presidio, in un report circa la validità delle codifiche e della compilazione delle SDO e delle SDA in relazione ai seguenti criteri di riferimento, da trasmettere ai NCI (per gli erogatori pubblici) e alle UVARP competenti (per gli erogatori privati). La definizione dei controlli di qualità da implementare nel Sistema Informativo Edotto è a cura di A.Re.S.S. - Puglia che li comunica alla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche della Regione Puglia con almeno tre mesi di anticipo per la successiva implementazione.

Tali attività riguardano il 100% delle SDO e delle SDA compilate.

Per quanto riguarda il **flusso SDA**, per il primo anno di vigenza, gli indicatori proposti per il controllo dell'attività erogata in Day Service hanno carattere descrittivo e sperimentale: sulla base dei risultati ottenuti, si procederà alla conferma degli indicatori, con indicazione di valori di riferimento, ovvero alla loro modifica/integrazione.

1. Durata media per l'erogazione del PACC: media dei tempi che intercorrono tra la data della prima e quella dell'ultima prestazione erogata nel PACC
2. Indice di Performance:
  - a. percentuale del numero dei casi di PACC diagnostici con durata  $\leq$  ai 30 giorni (intervallo primo accesso - ultimo accesso).
  - b. percentuale del numero dei casi di PACC chirurgici con durata  $\leq$  ai 30 giorni (intervallo visita pre intervento - visita post intervento).
3. Frequenza degli accessi: numero medio di accessi per ogni PACC, escluso i PACC per cui sia esplicitamente prevista la possibilità di effettuare cicli di trattamento *ovvero pluri accessi*

4. Tempi medi di attesa: media dei tempi che intercorrono tra la data della prenotazione (modificare sda) e il primo accesso al PACC
5. Frequenza dei PACC/paziente: Numero medio PACC per ciascun caso preso in carico / anno; numero PACC ripetuti per paziente
6. Numero PACC/ Ricoveri totali (esclusi i PACC chirurgici e oncologici) in riferimento a ciascun DRG potenzialmente inappropriato, per ciascuna azienda sanitaria. (Il valore dell'indicatore deve essere  $\geq$  a 1,5).
7. Numero PACC/ DH (esclusi i PACC chirurgici e oncologici) in riferimento a ciascun DRG potenzialmente inappropriato, per ciascuna azienda sanitaria.
8. Per ciascun paziente preso in carico con un PACC medico sarà verificato nei 30 giorni precedenti e nei 30 giorni successivi l'eventuale erogazione di prestazioni specialistiche coerenti con il PACC prescritte al di fuori dello stesso

**- controllo logico sintattici e di qualità effettuati sul flusso della specialistica ambulatoriale:**

Al fine di rendere omogenea l'attività di controllo esterno sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale correntemente svolta dalle UVARP aziendali e di attivare ed implementare il Sistema Regionale dei Controlli Esterni, si individuano alcune tipologie di controllo, che, pur non essendo esaustive delle verifiche eseguibili nell'ambito della specialistica ambulatoriale, costituiscono un primo livello di verifica:

- Prescrivibilità (tali controlli sono automatici già all'atto della prescrizione per le ricette dematerializzate, mentre per le prestazioni su ricetta rossa cartacea sono effettuati sempre in modalità telematica all'atto dell'inserimento nel Sistema informativo Edotto da parte dell'erogatore) : la correttezza della compilazione di una ricetta si basa sul rispetto delle indicazioni normative vigenti. Pertanto sono previsti controlli che verificano la completezza e conformità alle regole dell'atto prescrittivo. In particolare viene accertata la corrispondenza al limite di prescrivibilità (otto prestazioni della medesima branca) per singola ricetta, la concordanza tra la tipologia di esenzione alla compartecipazione alla spesa da parte del cittadino e le prestazioni correlate fruibili.
- Deve essere, altresì, verificata la presenza del codice di priorità e la sua corrispondenza alle condizioni previste dalla DGR n. 479/2014 (BURP n. 45 del 02-04-2014) "Linee guida per la prescrizione e la prenotazione secondo criteri di priorità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali".
- Coppie codici che non possono essere contemporaneamente presenti in quanto una prestazione include l'altra
- Codici per i quali non è plausibile una quantità superiore all'unità
- Codici la cui presenza contemporanea costituisce indicazioni al controllo per la verifica di eventuali discrepanze tra indagini prescritte e procedure di esecuzione: Sono prestazioni in cui si intende compresa anche l'esecuzione di un altro esame presente nel Nomenclatore tariffario come prestazione singola.
- Valutazione criteri di erogabilità e rispetto degli intervalli di tempo tra una prestazione ed un'altra (FKT).

**- controllo dell'appropriatezza organizzativa sui flussi SDO** su base trimestrale: l'attività viene realizzata dal Servizio competente di AReSS Puglia attraverso l'utilizzo del MAAP, come controllo esterno delle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate sulla totalità dei ricoveri con le procedure di seguito indicate, con effetti economici sulla remunerazione delle prestazioni sanitarie.

La legge regionale n. 19/2008, all'art. 15, ha stabilito che, a partire dal 1/10/2008, la valutazione della soglia di appropriatezza dei DRG deve essere effettuata sulla base del M.A.A.P. (Modello di Analisi della



Appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri per elenchi di Procedure), che contribuisce ad identificare il volume dei ricoveri ospedalieri potenzialmente trasferibili in setting assistenziali più appropriati. Attraverso il M.A.A.P. è, infatti, possibile costruire degli Indicatori di Trasferibilità di setting assistenziale per ogni singolo DRG, che informano circa la potenzialità di trasferimento di regime assistenziale da ricovero ordinario a ricovero di 0-1 giorno, da ambedue a day hospital e da tutti questi al regime ambulatoriale/day service.

La DGR 2774/2014 ha specificato il calcolo dei valori soglia di ammissibilità in regime di ricovero per i DRG LEA, che tiene conto anche della quota di prestazioni trasferite al regime di Day service per singolo erogatore.

Pertanto, trimestralmente, AReS Puglia fornirà a ciascuna Azienda, per presidio, un report analitico relativo alla trasferibilità dei ricoveri registrati nei tre mesi precedenti.

Per i ricoveri afferenti ai DRG potenzialmente inappropriati di cui al Patto per la Salute 2010-2012 che risultano trasferibili in setting diversi da quello registrato, esclusi quelli filtrati da MAAP, saranno resi disponibili alle UVAR aziendali il numero di scheda e il setting suggerito al fine di avviare tempestivamente il controllo analitico di appropriatezza clinica e organizzativa delle cartelle cliniche corrispondenti.

- Indicatore di Trasferibilità Totale del DRG: trattasi di un indicatore che informa sulle potenzialità complessive di trasferimento da e verso tutti i regimi assistenziali prima elencati, e quindi permette di cogliere il gap di appropriatezza organizzativa tra la situazione reale e quella teorica. L'Indicatore è espresso in percentuale.
- Indicatore di Volume di Trasferibilità Totale dei Ricoveri del DRG: da questo indicatore si ricava il numero di ricoveri che possono transitare verso regimi assistenziali a minor impiego di risorse.
- Indicatore di Trasferibilità dei Ricoveri Ordinari del DRG: indicatore che informa sulla percentuale di ricoveri ordinari che secondo il modello possono essere trasferiti ad altro setting assistenziale; in questo caso l'informazione è focalizzata sui ricoveri ordinari, considerati come primo e principale livello assistenziale da analizzare e trasformare.
- Indicatore di Volume di Trasferibilità dei Ricoveri Ordinari per DRG: da questo indicatore si ricava l'informazione sul numero di ricoveri ordinari suscettibili di trasformazione.

#### Criteria di esclusione

- a) I ricoveri indicati dal metodo APPRO (i ricoveri che appartengono alle discipline di psichiatria (cod.40), riabilitazione (cod. 56), lungodegenza (cod. 60), unità spinale (cod. 28), neuroriabilitazione (cod. 75); i ricoveri con degenza oltre soglia specifica per DRG; i ricoveri con modalità di dimissione < deceduto > o < trasferito ad altro reparto per acuti > entro 5 giorni; i ricoveri dei neonati minori di giorni 28 di età; i ricoveri con onere di degenza < non a carico del S.S.N. >;
- b) I ricoveri individuati a criticità alta sulla base dei valori di severità clinica e rischio di morte restituiti dalla classificazione APR-DRG;
- c) I ricoveri erogati a pazienti nella fascia di età 0-14 anni e >=75 anni;
- d) I ricoveri con dimissione contro il parere dei sanitari;
- e) I ricoveri in mobilità attiva extraregionale;
- f) I ricoveri urgenti, oltre a quelli indicati dal Patto della salute 2010 - 2012.

**A partire dall'anno 2020 i controlli del sistema MAAP dovranno essere obbligatoriamente implementati nel Sistema Informativo Edotto.**

Tali attività riguardano il 100% delle SDO ad alto rischio di inappropriatezza.

I ricoveri che sono filtrati dal metodo MAAP, in quanto rientranti nei criteri di esclusione dei casi non trasferibili ad altro setting alternativo, non vanno considerati a rischio di non appropriatezza organizzativa e, ai fini del controllo casuale, rientrano nel 10% della quota campionaria dei DRG non a rischio di

inappropriatezza.

L'esito dei controlli dovrà essere registrato nella (Tabella 2), come da format ministeriale.

## **2. Controllo analitico sulle cartelle cliniche e relative SDO, sulle prestazioni ambulatoriali e di riabilitazione ospedaliera**

Il controllo analitico riguarda le **prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza** ai sensi del DM 10.12.2009, con riferimento alle SDO che – all'esito del controllo con il MAAP come sopra descritto – risultano trasferibili ad altro setting, quindi organizzativamente inappropriate. Tale controllo viene eseguito nella misura del 100% della quota di SDO risultate inappropriate dall'applicazione del MAAP dagli NCI per gli erogatori pubblici e dalle UVARP per gli erogatori privati accreditati.

I **controlli analitici casuali** (Tabella 1) devono essere effettuati su almeno il 10% delle cartelle cliniche, di cui almeno la metà deve essere rivolta a "campionamento mirato", come specificato nel Piano Annuale dei Controlli.

Il campionamento mirato, come da indicazioni ministeriali (Tabella 2) per quanto attiene i ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza deve riguardare prioritariamente i: "Ricoveri DH medici a carattere diagnostico" "Parti Cesarei" oltre ai ricoveri per diabete, ipertensione e decompressione del tunnel carpale.

Sono eseguiti dagli NCI per gli erogatori pubblici e dalle UVARP per gli erogatori privati. Le attività di controllo analitico casuale esterno, effettuate dalle UVARP, devono garantire il controllo della stessa percentuale di cartelle cliniche presso ogni struttura privata accreditata del territorio di competenza.

Gli NCI (per gli erogatori pubblici) e le UVARP (per gli erogatori privati) devono inoltre garantire il controllo del 100% delle cartelle cliniche e relative SDO relative a episodi di ricovero per parto cesareo.

Nell'ambito delle attività di controllo normate dal presente Regolamento devono essere compresi anche gli **Audit Clinici** da realizzare sulla base dei risultati del Programma Nazionale Esiti di AgeNaS, ovvero di specifiche indicazioni regionali o aziendali.

**Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale**, i controlli analitici sono eseguiti come controllo esterno da parte delle UVARP e riguardano aspetti di congruità rispetto alla dotazione organica (requisiti organizzativi) e dotazione strumentale (requisiti tecnologici), ovvero la verifica della corrispondenza tra le informazioni trasmesse ad Edotto e quelle presenti nelle ricette e nella documentazione sanitaria (qualora presente) ed esplorano la possibilità di comportamenti opportunistici da parte degli erogatori sia tramite estrazione casuale di ricette, che sulla base di indicatori di eventi inattesi ricavati dall'analisi sistematica degli archivi.

A scopo meramente esplicativo, potranno essere oggetto di specifici monitoraggi i seguenti fenomeni potenzialmente indicativi di comportamenti opportunistici dei singoli erogatori, rispetto ai quali potranno individuarsi dei valori di riferimento regionali e nazionali (in base ad evidenze o Linee guida specifiche) in base ai quali effettuare confronti con le rilevazioni effettuate:

- la proporzione di esami diagnostici specifici ripetuti su uno stesso paziente entro periodi di tempo predeterminati, al fine di individuare eventuali tendenze a moltiplicare le prestazioni;
- numero di prestazioni erogate ad un singolo paziente per medesima branca e/o prestazione nel territorio regionale;
- concentrazioni anomale per singolo erogatore di modalità di registrazione rispetto alla media regionale

Nell'ottica della promozione dell'appropriatezza degli interventi sanitari, dovrà essere previsto, parallelamente all'attività di controllo, il coinvolgimento nell'ambito dell'attività dei tavoli di lavoro preposti, dei soggetti prescrittori (le OO. SS. di rappresentanza dei PLS, MMG, Medici specialisti ecc.), al fine di verificare e implementare l'appropriatezza prescrittiva per prestazioni critiche a livello regionale. In particolare, sia il Piano regionale sul governo delle liste d'attesa per il triennio 2011-2013 (DGR n. 1397 del

24/06/2011), sia le "Linee guida per la prescrizione e la prenotazione secondo criteri di priorità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali" (DGR n. 479/2014) individuano le modalità per la "verifica di concordanza" tra prescrittori ed erogatori. Si tratta di una metodologia di audit di secondo livello (tra pari) per la valutazione della concordanza tra codice di priorità e relativo sospetto clinico indicati sia dal medico prescrittore che dall'erogatore al momento dell'esecuzione della prestazione ambulatoriale. Questa modalità di valutazione è applicabile anche all'analisi dei referti negativi di prestazioni ad alto contenuto tecnologico e/o impegno professionale.

Altre tipologie di controlli specifici potranno essere indicati sulla base dell'esperienza condotta dalle UVARP aziendali.

I volumi dei controlli da eseguire sulla specialistica ambulatoriale sono indicati nell'ambito del Piano Annuale redatto entro il mese di gennaio di ogni anno.

Infine, per quanto attiene i controlli sull'appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, si richiama la deliberazione di Giunta regionale n. 2067/2013 relativa ai ricoveri in riabilitazione intensiva (cod. 28 - cod 75 - cod. 56) nonché i successivi provvedimenti nazionali e regionali in materia.

#### **4. Responsabilità**

##### **A - Livello Regionale**

Il livello regionale ha la responsabilità della pianificazione, della definizione di oggetti, metodi e strumenti del controllo, della vigilanza sulla funzione di controllo svolta dal livello aziendale e degli effetti programmatori e correttivi derivanti dagli esiti dei controlli, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità.

Nel Dipartimento Promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti operano i servizi competenti che a vario titolo sono coinvolti nel sistema regionale dei controlli. In particolare vengono fissati gli ambiti di responsabilità delle seguenti sezioni del Dipartimento:

##### **1 - Sezione SGO**

- approva annualmente con deliberazione di Giunta regionale il Piano Annuale dei Controlli;
- coordina le attività di progettazione e realizzazione dei controlli analitici per l'appropriatezza svolte in ambito regionale e fornisce indirizzi operativi alle UVARP Aziendali e ai NCI;
- assicura lo svolgimento delle funzioni del Coordinamento regionale UVARP;
- fornisce il ritorno informativo agli attori del sistema e agli organismi nazionali a cui la Regione deve rendere conto (Ministero salute, Tavolo per la verifica degli Adempimenti LEA, Tavolo per la verifica del Programma Operativo) tramite la predisposizione dei relativi report.

##### **2 - Sezione RST**

- Coordina l'implementazione degli indicatori per la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni nei sistemi informativi regionali, che deve essere eseguita almeno semestralmente e sistematicamente al fine di fornire la relativa reportistica, che dovrà contenere i dati e le informazioni necessarie per evidenziare i fenomeni a rischio di non appropriatezza e da sottoporre a controllo;
- Adegua e aggiorna i sistemi informativi regionali, nei limiti delle risorse economiche disponibili per tali attività e compatibilmente con le previsioni dei contratti di manutenzione e conduzione stipulati con i fornitori terzi per la gestione dei sistemi informativi

##### **3 - AReSS Puglia per il tramite dell'Area Programmazione Sanitaria e del Servizio Analisi della Domanda e**

dell'Offerta di Salute e Flussi Informativi:

- fornisce supporto al Dipartimento per la formulazione, l'elaborazione e il monitoraggio degli indicatori di appropriatezza per il controllo degli archivi SDO, SDA e specialistica ambulatoriale, proponendone eventuali modifiche e integrazioni;
- realizza trimestralmente e quindi su base annuale la verifica dell'appropriatezza per il tramite del MAAP, dandone riscontro alle Sezioni del Dipartimento e alle Aziende Sanitarie per gli adempimenti di competenza;
- cura l'aggiornamento e la manutenzione evolutiva del MAAP alla luce delle modifiche normative e clinico-organizzative, delle indicazioni provenienti dalle attività di verifica e controllo delle UVARP, nonché sulla base di linee guida e indicazioni delle società scientifiche in materia di appropriatezza e cura la pubblicazione della documentazione relativa, fornisce la documentazione necessaria alla Sezione Risorse strumentali e tecnologiche per l'implementazione in Edotto del sistema MAAP;
- si occupa della indicazione dei valori-soglia annuali come definiti dalla DGR 1202/2014 e s.m.i. per gli indicatori significativi ai fini del controllo, oltre i quali i singoli istituti sono soggetti a controlli analitici ed eventualmente a sanzioni;
- supporta la Sezione SGO per la realizzazione degli Audit Clinici nell'ambito del Programma Nazionale Esiti di AgeNaS.

#### **4 - Coordinamento Regionale UVARP**

**Il Coordinamento Regionale UVARP è costituito da:**

- a. dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta (con funzioni di coordinamento);
- b. dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche
- c. Responsabili A.P. Per le funzioni di Monitoraggio e accordi contrattuali e Qualificazione e razionalizzazione della spesa sanitaria,
- d. dirigente del Servizio Analisi della Domanda e dell'Offerta di Salute di AReSS Puglia;
- e. Responsabile delle Unità di Valutazione dell'Appropriatezza dei Ricoveri e delle Prestazioni di Specialistica ambulatoriali (UVARP) Aziendale per ciascuna ASL

Il coordinamento regionale UVARP si può avvalere di professionalità esterne ai componenti ordinari per affrontare questioni specifiche. La partecipazione ai lavori del Coordinamento Regionale Controlli Appropriatezza da parte dei componenti designati o invitati è a titolo gratuito e non comporta alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il Coordinamento Regionale UVARP si riunisce ogni qualvolta un Responsabile di UVARP Aziendale lo ritenga opportuno al fine di discutere situazioni, casistiche e circostanze operative che necessitano di approfondimento condiviso, ovvero su richiesta delle strutture erogatrici come disposto dalla DGR 1491/2010; supporta il Dipartimento nelle funzioni e attività così come vengono specificate nella DGR 385/2014 integrata e modificata con D. D. n. 151 del 20/07/2016.

Il Coordinamento si riunisce, in ogni caso, almeno due volte l'anno e supporta il Dipartimento nelle seguenti funzioni:

- definizione e aggiornamento delle regole operative sull'attività di controllo e i criteri di valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, in coerenza con gli obiettivi di politica sanitaria regionale e in conformità all'evoluzione scientifica e tecnologica;
- proposta del piano annuale dei controlli per la successiva adozione da parte della Sezione SGO
- definizione e aggiornamento dei fenomeni da sottoporre a controllo di congruità e di appropriatezza;
- programmazione della formazione del personale delle aziende sanitarie dedicato ai controlli;
- monitoraggio e valutazione annuale delle attività di controllo analitico interno svolto dagli erogatori;
- istruttoria per specifiche criticità che dovessero emergere dall'analisi dei dati contenuti nelle banche dati regionali delle attività di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di prestazioni riabilitative presso centri residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e diurni, sulla scorta dei Report prodotti da ARES e RST o di segnalazioni di singole Aziende;
- indicazioni di rimodulazione tariffaria relative a fenomeni o percorsi assistenziali oggetto di controllo;
- risoluzione di eventuali contestazioni rimaste irrisolte in sede di contraddittorio a livello di ASL, le quali verranno gestite a livello regionale.

## **B - Livello Aziendale**

- **Competenze in materia di controllo interno dell'appropriatezza delle prestazioni erogate da parte delle Strutture Pubbliche di Aziende ed Enti del SSR**

Gli Erogatori Pubblici di Servizi Sanitari di prestazioni (Aziende Sanitarie Locali per quanto attiene i Presidi e gli Stabilimenti Ospedalieri, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari, Ospedali classificati, IRCCS) sono responsabili delle attività di controllo interno, secondo le procedure indicate nel presente documento, e sono tenute all'istituzione dei **Nuclei di Controllo Interno (NCI)** in ciascun presidio ospedaliero, fornendo notizia della istituzione e composizione al Dipartimento Regionale, all'AREs Puglia e all'UVARP Aziendale di competenza.

La funzione di controllo è demandata a dirigenti medici con formazione ed esperienza in questo ambito (esperienza di governo clinico, conoscenza del sistema dei DRG, esperienza di codifica delle SDO, conoscenza dei percorsi assistenziali, formazione sulle funzioni di controllo, attitudine alla supervisione, assenza di conflitto di interessi).

I Nuclei di Controllo Interno devono essere dotati di risorse informatiche e strumentali sufficienti a perseguire gli obiettivi stabiliti e di personale sanitario e amministrativo di supporto.

Il Nucleo di Controllo Interno ha il compito di:

- Realizzare l'attività di autovalutazione della qualità della compilazione delle Cartelle Cliniche, delle SDO e delle SDA, nonché della rispettiva congruità con la cartella clinica;
- Realizzare l'attività di controllo interno della appropriatezza delle prestazioni erogate per una quota corrispondente al 100% dei controlli analitici casuali;
- Realizzare l'attività di controllo interno sul 100% delle SDO, classificate ad alto rischio di inappropriata, risultate all'esito dei controlli MAAP trasferibili in altro setting, ovvero organizzativamente inappropriate, nonché sul 100% delle SDO riferite a parti cesarei;

- Compilare i report ministeriali sui controlli analitici casuali e sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriately e trasmetterli alla Sezione SGO e all'AReS, secondo le scadenze stabilite;
- Effettuare il controllo delle prestazioni di Day Service esitate con SDA nella misura del 15% del proprio erogato;
- Programmare incontri con i Responsabili delle Unità Operative di degenza dei presidi ospedalieri, al fine di analizzare le criticità rilevate e pianificare azioni di miglioramento;
- Condurre Audit Clinici sulla qualità della codifica delle prestazioni sulla base delle indicazioni rivenienti dal Programma Nazionale Esiti, nonché di quelle formulate a livello regionale o aziendale;

I Direttori Generali delle ASL/AOU ed IRCCS pubblici devono validare e trasmettere all'AReS e alla competente Sezione SGO del Dipartimento i report trimestrali e il report annuale sulle attività di controllo esterno effettuate ed i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, secondo le scadenze definite dal Dipartimento Regionale con apposito provvedimento, tenuto conto delle scadenze previste per l'invio dei flussi informativi, nonché una relazione annuale sui conseguenti processi di miglioramento della qualità dell'appropriatezza delle prestazioni.

- **Competenze in materia di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate da parte delle strutture private accreditate con le Aziende Sanitarie Locali**

Le ASL sono responsabili del controllo nei confronti degli erogatori privati accreditati che afferiscono al proprio ambito di competenza, che deve essere effettuato secondo le indicazioni riportate nel presente documento.

Pertanto, nelle Aziende Sanitarie Locali è istituita nell'ambito dell'Atto Aziendale, l'**Unità di Valutazione dell'Appropriatezza dei Ricoveri e delle Prestazioni (UVARP)** deputata ai controlli sulle strutture private accreditate che insistono nel proprio ambito territoriale, nonché all'espletamento di ogni attività che ad essa venga demandata formalmente dalla Sezione SGO, dalla Sezione RST e dal Coordinamento Regionale UVARP.

La Struttura UVARP Aziendale deve intendersi preferibilmente in posizione di Staff della Direzione Strategica Aziendale al fine di rapportarsi direttamente con il Management Aziendale per ogni iniziativa da intraprendersi, sia che discenda dalle attività di controllo espletate direttamente, sia che derivi dalle ulteriori attività di controllo che vengano effettuate dagli altri organi di verifica aziendali.

Al fine di assicurare continuità, professionalità ed esperienza alle attività di controllo che devono essere espletate da parte della Struttura UVARP Aziendale si rende necessario individuare figure professionali chiaramente e specificamente assegnate alla Struttura UVARP da individuarsi nella Pianta Organica della ASL.

A tal fine la dotazione organica della Struttura UVARP Aziendale deve risultare opportunamente dimensionata in rapporto ai volumi prestazionali individuati dal Dipartimento Regionale e costituita da un numero di professionisti (dirigenti medici, infermieri, amministrativi) congruo con gli obiettivi regionali e aziendali da perseguire, con esperienza e competenze specifiche in ambito di governo clinico, del sistema di codifica dei DRG, dei percorsi assistenziali, sulle funzioni di controllo e con attitudine alla supervisione e assenza di conflitto di interessi.

L'UVARP Aziendale deve essere dotata di adeguate risorse informatiche e strumentali a supporto delle attività da porsi in essere, comunque congrue per l'espletamento dei seguenti compiti:

- eseguire la valutazione di almeno il 10% dei controlli analitici casuali nelle strutture private accreditate dei ricoveri esitati con DRGs non LEA, comprensivo dei ricoveri in Riabilitazione strutture residenziali e semiresidenziali;



- eseguire il controllo del 100% delle cartelle cliniche/SDO dei ricoveri ad alto rischio di inappropriata risultate all'esito dei controlli MAAP trasferibili in altro setting, ovvero organizzativamente inappropriate, nonché del 100% delle cartelle cliniche/SDO riferite ai parti cesarei come controllo esterno sugli erogatori privati accreditati;
- effettuare il controllo delle prestazioni di Day Service esitate con SDA nella misura del 15% dell'erogato da privato accreditato;
- effettuare il controllo delle prestazioni in regime di Riabilitazione ex art. 26 (R.R. n. 12/2015) nonché per la riabilitazione intensiva (cod. 28 – cod 75 – cod. 56) secondo la deliberazione di Giunta regionale n. 2067/2013 nonché in base alla normativa nazionale e regionali vigente in materia;
- eseguire il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale secondo i volumi e le indicazioni definiti nel Piano Annuale dei Controlli
- supportare l'attività di prevenzione e monitoraggio effettuata dalla Struttura Rischio Clinico;
- supportare le attività della Unità Operativa Gestione Rapporti Convenzionali
- ricercare e individuare le situazioni di potenziale inappropriata particolarmente significative per numerosità di casi e/o valorizzazione economica della SDO e/o procedura/tecnica adottata che possono richiedere di essere approfondite con ulteriori rilevazioni mirate;
- programmare incontri periodici con i dirigenti medici dei Nuclei di Controllo Interno dei Presidi ospedalieri pubblici, dei Distretti Socio Sanitari, del Servizio Socio Sanitario, del Rischio Clinico, della Gestione Rapporti Convenzionali e del Referente Aziendale Cure Primarie al fine di condividere gli indirizzi operativi delle attività da porre in essere.

I Direttori Generali delle ASL/AOU ed IRCCS pubblici devono validare e trasmettere alla competente Sezione SGO del Dipartimento, per il tramite del responsabile dell'UVARP, i report trimestrali e il report annuale sulle attività di controllo esterno effettuate ed i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, secondo le scadenze definite dal Dipartimento Regionale con apposito provvedimento, tenuto conto delle scadenze previste per l'invio dei flussi informativi, nonché una relazione annuale sui conseguenti processi di miglioramento della qualità dell'appropriatezza delle prestazioni.

Il rispetto delle presenti disposizioni rappresenta obiettivo gestionale ed elemento di valutazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie. I controlli analitici interni dei presidi ospedalieri pubblici e i controlli analitici esterni delle strutture private accreditate sono da considerarsi obiettivi vincolanti delle aziende e la responsabilità dell'organizzazione dei controlli, della loro effettuazione e del raggiungimento dei risultati dei piani aziendali dei controlli è del Direttore Generale.

In ragione delle risorse professionali disponibili, nonché di eventuali situazioni di criticità che dovessero essere riscontrate nella adozione delle linee guida per la corretta codifica delle SDO, ogni ASL potrà disporre il controllo esterno da parte dell'UVARP Aziendale anche su cartelle cliniche che rientrano nella quota di prestazioni di competenza del NCI e in quelle non campionate.

### **Modalità per l'esecuzione dei controlli esterni**

Gli aspetti generali relativi alle modalità operative di esecuzione dei controlli esterni sono così sintetizzati: 1. Le visite ispettive devono essere effettuate con un preavviso di quindici giorni alla struttura sanitaria a mezzo pec, in modo che sia assicurata la presenza del Direttore Sanitario della struttura stessa.

2. Le risultanze dell'attività di controllo devono essere registrate su apposito verbale che riporti almeno i seguenti dati essenziali:

- a. numero identificativo della cartella clinica

- b. esito (confermato/modificato)
- c. descrizione delle modifiche apportate

3. Il verbale di controllo deve essere redatto in duplice copia e sottoscritto da entrambe le parti; una copia rimane alla struttura e l'altra agli atti dell'Azienda Sanitaria presso la competente struttura organizzativa di controllo.

4. La struttura può accettare i rilievi motivati oppure non accettarli, facendolo rilevare nel verbale, l'obbligo nei successivi 15 giorni di formulare idonee controdeduzioni da inoltrare all'UVARP competente per le valutazioni e gli adempimenti conseguenti. Qualora le controdeduzioni non siano esaustive il responsabile UVARP aziendale invia gli atti alla UO Convenzioni\* e alla Direzione Generale dell'ASL di appartenenza. Il Direttore Generale avvia le procedure per sospendere il pagamento delle prestazioni oggetto del contenzioso e invia entro quindici giorni dalla data di acquisizione del documento trasmesso dalla UO Convenzioni. In caso di contenzioso non risolvibile tra le parti, viene trasmessa la documentazione secondo le innanzi procedure del punto 4.

5. La procedura di ricorso all'Arbitrato regionale viene avviata dalla struttura erogatrice, con nota da inviare al Coordinamento Regionale UVARP entro un mese dal ricevimento del giudizio di II livello da parte della ASL competente, cui il ricorso va inviato per conoscenza; le motivazioni da parte del ricorrente devono essere formulate secondo il format previsto dalla Regione.

6. Qualora la struttura accetti i rilievi mossi dalla ASL a seguito delle valutazioni di I e II livello, provvederà alla rettifica delle SDO segnalate. Gli esiti dei controlli devono essere registrati nel Sistema Informativo Edotto ai fini della contabilizzazione da parte dell'UVAR aziendale.

\* UU.OO. "Gestione rapporti convenzionali" GRC

UU.OO. "Gestione amministrativa personale convenzionato" GAPC

7. La competente UVARP trasmette, trimestralmente, entro le scadenze fissate con apposito provvedimento del Dipartimento, che tiene conto delle tempistiche di conferimento dei flussi informativi e di verifica da parte delle UVARP.

8. Il report ministeriale annuale - Tabella 1 e Tabella 2 - dovrà essere trasmesso entro il 30 aprile di ogni anno alla competente Sezione del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, ai fini degli adempimenti richiesti dal Tavolo di verifica LEA.

Pertanto, al fine di ottemperare alle disposizioni nazionali nell'ambito della verifica LEA, **entro il 30 aprile dovranno essere trasmesse:**

- a) **Tabella 1. Controlli analitici casuali** (ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) : **almeno per il 10% per singola struttura pubblica o privata accreditata;**
- b) **Tabella 2. Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriately** individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009 verifica 2012: **pari al 100% delle prestazioni sopra riportate (DH medici con finalità diagnostiche, parti cesarei, ricoveri per diabete, ipertensione e decompressione del tunnel carpale)**

L'invio delle due predette tabelle al Servizio competente deve avvenire entro il 30 aprile di ogni anno,



garantendo il rispetto delle percentuali sopra riportate, ma al fine di monitorare l'andamento dei controlli è necessario trasmettere il report con cadenza trimestrale con le seguenti scadenze per ogni anno:

- I trimestre : 15 luglio;
- II trimestre: 15 ottobre;
- III trimestre: 15 gennaio;
- IV trimestre 15 aprile ;
- Riepilogativo anno: 30 aprile .

Le tabelle dovranno essere inviate sulla piattaforma <https://flussisgd.sanita.puglia.it> .

Per quanto attiene i controlli delle cartelle cliniche dei ricoveri, fermo restando gli obblighi ministeriali nell'ambito del Questionario LEA e, quindi, la trasmissione da parte dei Direttori Generali delle Asl, delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS delle due predette tabelle debitamente compilate entro e non oltre il 30 aprile di ogni anno, gli ulteriori controlli possono essere effettuati l'anno successivo a quello oggetto di valutazione.

Per quanto attiene le altre prestazioni rese in regime ambulatoriale o dalle strutture residenziali e semiresidenziali l'attività di controllo può essere effettuata dalle UVARP entro l'anno successivo rispetto a quello oggetto di valutazione.

Le UVARP potranno effettuare i controlli oltre i termini sopra stabiliti, su mandato del Direttore Generale della Asl, ogni qual volta emergano delle criticità rilevanti sia da un punto di vista clinico sia economico.

## **5. FORMAZIONE**

Il Sistema Regionale per i Controlli Analitici prevede due modalità di controllo: esterno ed interno, secondo le modalità sopra riportate.

Attesa la necessità di implementare le nuove linee guida nonché di uniformare a livello regionale i comportamenti delle aziende sanitarie locali, il Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, per il tramite dell'A.Re.S.S. dovrà organizzare, entro tre mesi dall'approvazione del presente documento da parte della Giunta regionale, dei corsi di formazione specifici.

## **6. FONTI NORMATIVE DI RIFERIMENTO**

### **Normativa nazionale**

- ✓ il D. M. 28.12.1991 "Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera" stabilisce che la scheda di dimissione ospedaliera- SDO costituisce parte integrante della cartella clinica di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale;
- ✓ Con D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche ed in particolare all'art. 8-octies è stato stabilito: - al comma 1, l'obbligo da parte della Regione e delle Aziende Sanitarie di attivare un sistema di

controllo in merito alla qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate dai produttori accreditati, privati e pubblici; - al comma 3, l'attribuzione alla Regione della definizione delle regole per l'esercizio della funzione di controllo esterno sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate dalle strutture, nonché i criteri per la risoluzione delle eventuali contestazioni e le relative penalizzazioni; - al comma 4, la necessità di individuare i criteri per la verifica della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte.

- ✓ le Linee Guida Ministeriali del 17.06.1992 "La compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera istituita ex D. M. 28.12.1991" stabiliscono che la SDO costituisce "una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa";
- ✓ l'art. 2, comma 3 del D. M. 380 del 27.10.2000 "Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati" stabilisce che la responsabilità della corretta compilazione della SDO è in capo al medico responsabile della dimissione che la firma, individuato dal Responsabile dell'U. O. dalla quale il paziente è dimesso. Al comma 4 stabilisce, altresì, che il Direttore Medico di Presidio e/o Direttore Sanitario dell'Istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle SDO e dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.
- ✓ Articolo 79 comma 1 septies legge 6 agosto 2008 n. 133 controllare le cartelle cliniche ai fini della verifica della qualità dell'assistenza secondo criteri di appropriatezza. All'art. 88 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, il comma 2 è sostituito dal seguente: «2. Al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione. L'individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali. Tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriata individuata delle regioni tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze.»;
- ✓ il D. M. del 10/12/2009 del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali pubblicato in G. U. n. 122 del 27/05/2010 n. 112/2000 ha stabilito che "... al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nella utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione";
- ✓ In attuazione dell'art. 79, comma 1-septies, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, il presente decreto definisce i parametri mediante i quali le Regioni individuano le prestazioni ad alto rischio di inappropriata per le quali effettuare i controlli sulla totalità delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera. L'art. 79, comma 1-septies del DL 112/2008, convertito con la Legge n. 133/2008, ha modificato sia quantitativamente che qualitativamente i controlli già previsti dall'art. 88, comma 2 della Legge 388/2000.
- ✓ Il Patto per la Salute 2010-2012, nel ribadire la necessità di perseguire l'efficienza, la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico, ha introdotto un ampio set di indicatori, fra i quali alcuni specificamente destinati al monitoraggio dell'appropriatezza organizzativa, aggiornando anche la lista di DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario e selezionando prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery, trasferibili in ambito di day service.



- ✓ Con il D. M. 70 del 02/04/2015 si sono individuate, a livello nazionale, le finalità di: aumentare la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure e l'uso appropriato delle risorse, concentrando le attività dell'ospedale nei confronti di patologie "ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione delle attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso";
- ✓ Lo "Schema di decreto ministeriale recante modifiche e integrazioni del DM 27 ottobre 2000, n. 380, e successive modificazioni (scheda di dimissione ospedaliera - SDO). Repertorio Atti n. 9/CSR del 20 gennaio 2016;
- ✓ Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

### **Normativa regionale**

- ✓ La Legge Regionale n. 28/2000 prevede al punto 2 dell'art. 25 (Prestazioni specialistiche e ospedaliere erogate da soggetti privati provvisoriamente accreditati) che "Nell'ambito delle linee e dei limiti fissati dalla programmazione regionale, a norma dell'articolo 8 quinquies del D. Lgs. n. 229/1999, alle Aziende sanitarie territoriali compete ... omissis ... gli accordi contrattuali con detti soggetti e la verifica del loro rispetto anche in materia di appropriatezza delle prestazioni erogate";
- ✓ La legge regionale n. 19/2008, all'art. 15, ha stabilito che, a partire dal 1/10/2008, la valutazione della soglia di appropriatezza dei DRG deve essere effettuata sulla base del M.A.A.P. (Modello di Analisi della Appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri per elenchi di Procedure), che contribuisce ad identificare il volume dei ricoveri ospedalieri potenzialmente trasferibili in setting assistenziali più appropriati. Attraverso il M.A.A.P. è, infatti, possibile costruire degli Indicatori di Trasferibilità di setting assistenziale per ogni singolo DRG, che informano circa la potenzialità di trasferimento di regime assistenziale da ricovero ordinario a ricovero di 0-1 giorno, da ambedue a day hospital e da tutti questi al regime ambulatoriale/day service;
- ✓ La deliberazione di Giunta regionale n. 433 del 10/03/2011, modificato ed integrato con provvedimento n.1789 dell'11/9/2012, ha approvato due differenti tipologie di day service "Prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale" (PCA) e "Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati del day service (PACC)";
- ✓ La deliberazione di Giunta regionale n. 1195 del 01/07/2013 con cui è stato definitivo il protocollo per l'appropriatezza delle prestazioni riabilitative in strutture extraospedaliere pubbliche o private accreditate in regime residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale
- ✓ La deliberazione di Giunta regionale n. 1202/2014 e ss.mm.ii., relativa alla disciplina dei day-service, con particolare riferimento ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriately e alla approvazione dei nuovi pacchetti;
- ✓ La deliberazione di Giunta regionale n. 2166 del 21/12/2016 ad oggetto: "Recepimento Accordo Stato - Regioni "Schema di decreto ministeriale recante modifiche e integrazioni del DM 27 ottobre 2000, n. 380, e successive modificazioni (scheda di dimissione ospedaliera - SDO). Repertorio Atti n. 9/CSR del 20 gennaio 2016. Approvazione modello SDO con decorrenza 1/1/2017".

## **7. NUOVI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA) - DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 GENNAIO 2017**

Con il D.P.C.M. 12/01/2017, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 18/03/2017, è stato, tra l'altro, stabilito quanto segue.

### **- Art. 15. Assistenza specialistica ambulatoriale**

1. *Nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni elencate nel nomenclatore di cui all'allegato 4 al presente decreto. L'erogazione della prestazione è subordinata all'indicazione sulla ricetta del quesito o sospetto diagnostico formulato dal medico prescrittore.*

2. *Il nomenclatore riporta, per ciascuna prestazione, il codice identificativo, la definizione, eventuali modalità di erogazione in relazione ai requisiti necessari a garantire la sicurezza del paziente, eventuali note riferite a condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva.*

*L'elenco delle note e delle corrispondenti condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva è contenuto nell'allegato 4D.*

3. *Al solo fine di consentire l'applicazione delle disposizioni legislative relative ai limiti di prescrivibilità delle prestazioni per ricetta e di partecipazione al costo da parte dei cittadini, il nomenclatore riporta altresì le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale raggruppate per branche specialistiche.*

4. Le regioni e le province autonome disciplinano le modalità di erogazione delle prestazioni di cui al presente articolo, assicurando l'adempimento agli obblighi di cui all'art. 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni.

5. Sono erogati in forma ambulatoriale organizzata i pacchetti di prestazioni orientati a finalità diagnostica o terapeutica, individuati con le modalità indicate dall'art. 5, comma 20 dell'Intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 concernente il Nuovo Patto per la salute per gli anni 2014/2016, nel rispetto della disciplina in materia di partecipazione alla spesa sanitaria.

**- Art. 16. Condizioni o limiti di erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale**

1. Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le quali sono indicate note corrispondenti a specifiche condizioni di erogabilità riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai casi in cui sussistono le medesime condizioni, risultanti dal numero della nota e dal quesito clinico o dal sospetto diagnostico riportati sulla ricetta dal medico prescrittore.

2. Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le quali sono indicate specifiche indicazioni di appropriatezza prescrittiva riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale a seguito di una autonoma e responsabile valutazione del medico circa la loro utilità nel singolo caso clinico, fermo restando l'obbligo del medico prescrittore di riportare il solo quesito o sospetto diagnostico sulla ricetta.

3. Le prestazioni ambulatoriali di densitometria ossea sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti che presentano le condizioni definite nell'allegato 4° al presente decreto.

4. Le prestazioni ambulatoriali di chirurgia refrattiva sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti che presentano le condizioni definite nell'allegato 4B al presente decreto.

5. Le prestazioni ambulatoriali di assistenza odontoiatrica sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti indicati nelle note corrispondenti a ciascuna prestazione, sulla base dei criteri generali riportati nell'allegato 4C al presente decreto.

**- Art. 38. Ricovero ordinario per acuti**

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni assistenziali in regime di ricovero ordinario ai soggetti che, in presenza di problemi o patologie acute, necessitano di assistenza medico-infermieristica

*prolungata nel corso della giornata, osservazione medico-infermieristica per 24 ore e immediata accessibilità alle prestazioni stesse.*

*2. Nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni cliniche, mediche e chirurgiche, ostetriche, farmaceutiche, strumentali e tecnologiche necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico, della terapia, inclusa la terapia del dolore e le cure palliative, o di specifici controlli clinici e strumentali; sono altresì garantite le prestazioni assistenziali al neonato, nonché le prestazioni necessarie e appropriate per la diagnosi precoce delle malattie congenite previste dalla normativa vigente e dalla buona pratica clinica, incluse quelle per la diagnosi precoce della sordità congenita e della cataratta congenita, nonché quelle per la diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie individuate con decreto del Ministro della salute in attuazione dell'art. 1, comma 229, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, nei limiti e con le modalità definite dallo stesso decreto..."*

*5. Gli interventi di chirurgia estetica sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale solo in conseguenza di incidenti, esiti di procedure medico-chirurgiche o malformazioni congenite o acquisite.*

**- Art. 39. Criteri di appropriatezza del ricovero ordinario**

*1. Si definiscono appropriati i ricoveri ordinari per l'esecuzione di interventi o procedure che non possono essere eseguiti in day hospital o in day surgery con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente e con minore impiego di risorse.*

*2. Le regioni e le province autonome adottano adeguate misure per incentivare l'esecuzione in ricovero diurno delle classi di ricovero elencate nell'allegato 6° in una percentuale, sul totale dei ricoveri, fissata per ciascuna classe, entro il 31 marzo 2017, dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 1, comma 555, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, nonché per disincentivare i ricoveri inappropriati.*

**- Art. 40. Day surgery**

*1. Nell'ambito delle attività di day surgery il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni assistenziali per l'esecuzione programmata di interventi chirurgici o di procedure invasive che, per complessità di esecuzione, durata dell'intervento, rischi di complicazioni e condizioni sociali e logistiche del paziente e dei suoi accompagnatori, sono eseguibili in sicurezza nell'arco della giornata, senza necessità di osservazione postoperatoria prolungata e, comunque, senza osservazione notturna. Oltre all'intervento chirurgico o alla procedura invasiva sono garantite le prestazioni propedeutiche e successive, l'assistenza medico-infermieristica e la sorveglianza infermieristica fino alla dimissione.*

**- Art. 41. Criteri di appropriatezza del day surgery**

1. Si definiscono appropriati i ricoveri in day surgery per l'esecuzione di interventi o procedure che non possono essere eseguiti in regime ambulatoriale con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente e con minore impiego di risorse.

2. Le regioni e le province autonome adottano entro il 15 marzo 2017 adeguate misure per incentivare il trasferimento dal regime di day surgery al regime ambulatoriale degli interventi chirurgici elencati nell'allegato 6B in una percentuale, sul totale dei ricoveri di day surgery, fissata per ciascuna classe, entro il 28 febbraio 2017, dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 1, comma 555, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, nonché per disincentivare i ricoveri inappropriati. Le regioni possono prevedere l'erogabilità di ulteriori interventi chirurgici, precedentemente erogati in day surgery, nelle strutture ambulatoriali a ciò specificamente accreditate e tenute alla compilazione di idonea documentazione clinica, dandone tempestiva comunicazione alla suddetta Commissione nazionale ai fini dell'eventuale aggiornamento dell'allegato 4 al presente decreto, e al Ministero della salute ai fini della fissazione della corrispondente tariffa.

#### **- Art. 42. Day hospital**

1. Nell'ambito delle attività di day hospital medico il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni assistenziali programmabili, appartenenti a branche specialistiche diverse, volte ad affrontare patologie o problemi acuti che richiedono inquadramento diagnostico, terapia, accertamenti clinici, diagnostici o strumentali, nonché assistenza medico infermieristica prolungata, non eseguibili in ambulatorio. L'attività di day hospital si articola in uno o più accessi di durata limitata ad una sola parte della giornata, senza necessità di pernottamento.

#### **- Art. 43. Criteri di appropriatezza del ricovero in day hospital**

1. I ricoveri in day hospital per finalità diagnostiche sono da considerarsi appropriati nei seguenti casi:

- a) esami su pazienti che, per particolari condizioni di rischio, richiedono monitoraggio clinico prolungato;
- b) accertamenti diagnostici a pazienti non collaboranti che richiedono un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa.

2. I ricoveri in day hospital per finalità terapeutiche sono da considerarsi appropriati nei seguenti casi:

- a) somministrazione di chemioterapia che richiede particolare monitoraggio clinico;
- b) somministrazione di terapia per via endovenosa di durata superiore a un'ora ovvero necessità di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale dopo la somministrazione di durata prolungata;



c) *necessità di eseguire esami ematochimici o ulteriori accertamenti diagnostici nelle ore immediatamente successive alla somministrazione della terapia;*

d) *procedure terapeutiche invasive che comportano problemi di sicurezza per il paziente.*

3. *Le regioni e le province autonome adottano entro il 15 marzo 2017 adeguate misure per incentivare il trasferimento delle prestazioni dal regime di day hospital al regime ambulatoriale, in una percentuale sul totale dei ricoveri di day hospital, fissata per ciascuna classe di ricovero, entro il 28 febbraio 2017, dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 1, comma 555, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, nonché per disincentivare i ricoveri inappropriati.*

**- Art. 44. Riabilitazione e lungodegenza post-acuzie**

1. *Il Servizio sanitario nazionale garantisce, in regime di ricovero ospedaliero, secondo le disposizioni vigenti, alle persone non assistibili in day hospital o in ambito extraospedaliero, le seguenti prestazioni assistenziali nella fase immediatamente successiva ad un ricovero ordinario per acuti ovvero a un episodio di riacutizzazione di una patologia disabilitante:*

a) *prestazioni di riabilitazione intensiva diretta al recupero di disabilità importanti, modifi cabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico, medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico, in termini di complessità e/o durata dell'intervento;*

b) *prestazioni di riabilitazione estensiva a soggetti disabili non autosuffi cienti, a lento recupero, non in grado*

*di partecipare a un programma di riabilitazione intensiva affetti da grave disabilità richiedenti un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore;*

c) *prestazioni di lungodegenza post-acuzie a persone non autosufficienti affette da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, che hanno bisogno di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, nonché di assistenza infermieristica non erogabile in forme alternative.*

2. *L'individuazione del setting appropriato di ricovero è conseguente alla valutazione del medico specialista in riabilitazione che predispone il progetto riabilitativo e definisce gli obiettivi, le modalità e i tempi di completamento del trattamento, attivando la presa in carico dei servizi territoriali domiciliari, residenziali e semiresidenziali per le esigenze riabilitative successive alla dimissione.*

**Art. 45. - Criteri di appropriatezza del ricovero in riabilitazione**

*Si definiscono appropriati i ricoveri ordinari in riabilitazione che non possono essere eseguiti in day hospital o in ambito extraospedaliero con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente e con minore impiego di risorse. Per la determinazione dei ricoveri inappropriati in ambito ospedaliero si*



*applicano le disposizioni di cui all'art. 9 -quater, comma 8, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015 n. 125.*

**Tabella 1. Controlli analitici casuali (ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) - Anno di verifica**

Erogatore <sup>(a)</sup>		Controlli Cartelle Cliniche			Risultati <sup>(b)</sup>		Misure adottate <sup>(b)</sup>		
Codice SIS <sup>(c)</sup>	Denominazione struttura erogante	Num CC tot	Num CC controllate	% CC controllate	Num. CC non confermate <sup>(d)</sup>	% CC non confermate sul totale delle CC controllate	Effetti economici		Altro <sup>(g)</sup>
							Abbattimenti tariffari <sup>(e)</sup>	% sul Budget <sup>(f)</sup>	
Totale									

**Note:**

CC = cartelle cliniche

(a) Struttura di ricovero presente nelle anagrafiche HSP11

(b) (art. 3 comma 3 lettera e DM 10.12.2009)

(c) Il codice da utilizzare è quello riportato nei modelli HSP11

(d) Numero delle cartelle cliniche non confermate secondo i criteri stabiliti dalla Regione. - Allegare documentazione riguardo la definizione dei criteri suddetti

(e) Riduzione tariffaria successiva ai controlli di appropriatezza (in euro)

(f) Abbattimento tariffario sul totale del valore tariffario dei ricoveri erogati

(g) Ulteriori misure adottate dalla Regione

